



Fundação Municipal de Assistência à Saúde - FUMASA
HOSPITAL SÃO GERALDO

CONTROLE DA PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS SFH / CCH
Controle da Prescrição de Antimicrobianos

1ª Via - Prontuário (Paciente)

Nome: _____

Peso: _____ Idade: _____ Sexo: () Masc. () Fem. Gestante: () S () N

Prontuário: _____

Enfermeiro (a): _____ Leito: _____ Data de Adm: ___ / ___ / ___

➤ **Indicação de Antimicrobiano:** () Profilático () Terapêutico

Se uso profilático por tempo maior que 48 horas, justifique.

➤ **Topografia da Infecção:** () Trato Urinário () Respiratória () Cirurgia

() Pele e tecido subcutâneo () Corrente Sanguínea () Outra: _____

Exames realizados: _____

Classificação da Infecção () Comunitária () Hospitalar

Antimicrobiano	Via	Posologia	Tempo (dias)
1.			
2.			
3.			

Se o tempo de uso do antimicrobiano for maior do que 14 dias, justifique:

➤ **Itens de preenchimento obrigatório para o início da liberação do antimicrobiano**

Data ___ / ___ / ___ Identificação do Médico _____
Assinatura / Carimbo

PARECER () De acordo
() Contrário

Observações:

Data ___ / ___ / ___ CCH _____ SFH _____

26



Fundação Municipal de Assistência à Saúde - FUMASA
HOSPITAL SÃO GERALDO

CONTROLE DA PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS SFH / CCH
Controle da Prescrição de Antimicrobianos

2ª Via - Farmácia

Nome: _____

Peso: _____ Idade: _____ Sexo: () Masc. () Fem. Gestante: () S () N

Prontuário: _____

Enfermeiro (a): _____ Leito: _____ Data de Adm: ___ / ___ / ___

➤ **Indicação de Antimicrobiano:** () Profilático () Terapêutico

Se uso profilático por tempo maior que 48 horas, justifique.

➤ **Topografia da Infecção:** () Trato Urinário () Respiratória () Cirurgia

() Pele e tecido subcutâneo () Corrente Sanguínea () Outra: _____

Exames realizados: _____

Classificação da Infecção () Comunitária () Hospitalar

Antimicrobiano	Via	Posologia	Tempo (dias)
1.			
2.			
3.			

Se o tempo de uso do antimicrobiano for maior do que 14 dias, justifique:

➤ **Itens de preenchimento obrigatório para o início da liberação do antimicrobiano**

Data ___/___/___ Identificação do Médico _____

Assinatura / Carimbo

PARECER () De acordo
() Contrário

Observações:



Fundação Municipal de Assistência à Saúde - FUMASA
HOSPITAL SÃO GERALDO

CONTROLE DA PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS SFH / CCH
Controle da Prescrição de Antimicrobianos

3ª Via - SCIH

Nome: _____

Peso: _____ Idade: _____ Sexo: () Masc. () Fem. Gestante: () S () N

Prontuário: _____

Enfermeiro (a): _____ Leito: _____ Data de Adm: ___ / ___ / ___

➤ **Indicação de Antimicrobiano:** () Profilático () Terapêutico

Se uso profilático por tempo maior que 48 horas, justifique.

➤ **Topografia da Infecção:** () Trato Urinário () Respiratória () Cirurgia

() Pele e tecido subcutâneo () Corrente Sanguínea () Outra: _____

Exames realizados: _____

Classificação da Infecção () Comunitária () Hospitalar

Antimicrobiano	Via	Posologia	Tempo (dias)
1.			
2.			
3.			

Se o tempo de uso do antimicrobiano for maior do que 14 dias, justifique:

➤ **Itens de preenchimento obrigatório para o início da liberação do antimicrobiano**

Data ___ / ___ / ___ Identificação do Médico _____

Assinatura / Carimbo

PARECER () De acordo
() Contrário

Observações:

Data ___ / ___ / ___ CCH